

201232045A

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

在宅拠点の質の向上のための介入に資する、
活動性の客観的評価に関する研究
(H24-医療-指定-038)

平成24年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 大島 伸一

平成25 (2013) 年3月

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究事業

在宅拠点の質の向上のための介入に資する、
活動性の客観的評価に関する研究

(H24-医療-指定-038)

平成24年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 大島 伸一

平成25（2013）年3月

目 次

I. 総括研究報告	
在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究 …	1
大島伸一	
II. 分担研究報告	
1. 在宅医療連携拠点の活動性の評価 ……………	7
大島浩子	
(資料1) 拠点の活動性の評価・レーダーチャート	
(資料2) 効率的多職種連携のための標準化ツール・住民啓発活動パンフレット等	
2. 在宅医療連携拠点事業所のヒアリング評価 ……………	223
三浦久幸	
(資料) 拠点活動状況調査	
3. 医師活動調査に関する研究 ……………	231
遠藤英俊	
(資料) 在宅医療に関わる医師活動調査(2013)	
4. 拠点医師活動モデルに関する研究 ……………	243
辻 哲夫	
5. 地域医療連携推進における地区医師会の役割に関する事例研究 ……………	248
武林 亨	
6. 終末期ケアに対する対応 ……………	258
池上直己	
(資料) 調査結果の詳細	
(資料1) 胃瘻造設に関する実態調査(消化器内視鏡学会専門医向け調査票)	
(資料2) 胃瘻造設に関する実態調査(在宅療養支援診療所医師向け調査票)	
(資料3) 胃瘻造設に関する実態調査(事務担当者向け調査票)	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ……………	317
IV. 研究成果の刊行物・別刷 ……………	319

I . 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

総括研究報告書

在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究

研究代表者	大島 伸一	国立長寿医療研究センター	総長
研究分担者	鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター	病院長
	三浦 久幸	国立長寿医療研究センター	在宅連携医療部長
	大島 浩子	国立長寿医療研究センター	長寿看護・介護研究室長
	遠藤 英俊	国立長寿医療研究センター	内科総合診療部長
	寺西 正美	国立長寿医療研究センター	看護部長
	辻 哲夫	東京大学高齢社会総合研究機構	特任教授
	池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学	教授
	武林 亨	慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学	教授

研究要旨

少子高齢化等に伴い、在宅医療の需要が高まることが予想され、社会保障改革に関する集中検討会議において、在宅医療を担う診療所等の機能強化等が提示されている。しかしながら、介護者の不在、在宅医療サービスの不足、病院のバックアップ体制の不足等、課題が山積している。この対応として、地域全体のコーディネートを行う拠点機能が求められており、平成 23 年度に 10 カ所、平成 24 年度には全国で 105 カ所の在宅医療連携拠点を設け、地域の在宅医療・介護連携のための取り組みが行われた。本研究班においては、平成 24 年度の研究事業として、まず、平成 23 年度に行われた、全国 10 カ所の事業について、提出された事業報告等を元に、事業の成果や拠点となった事業体（在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ステーション、一般病院、医師会、行政）ごとの拠点としての特徴と今後在宅医療を地域で展開してゆくうえで求められる必要な条件等について分析した。平成 24 年度については、選定された拠点事業者 105 カ所に対して活動についての初期評価を実施し、拠点事業への取り組み状況を可視化するとともに、各拠点に対してヒアリング調査を実施し、拠点からの面展開への必要条件を抽出した。拠点の連携面展開に徹する精神、諸団体等の良好な人間関係、連携面展開を行える経済的、ゆとりが、成功の共通要件として抽出された。

105 カ所の拠点の活動についての終了期評価を行った結果、殆どの施設で、拠点要件の各要素に向上がみられ、設立主体別に分けても、前後群別比較で、この向上は有意であった。拠点リーダー研修、都道府県リーダー研修、拠点訪問指導、電話相談などが有効に働き、前後比較評価も向上のモチベーションに資したと推測される。このような短期間に、100 箇所以上の連携拠点を整備し、要件の格段の向上が実現された例は極めて稀であり、事業は成功裏に進行したといえる。こうした成果の背景に日本医師会のこの事業に対する積極的な支援と厚生労働省との連携体制があったことを記しておかなければならないが、かかりつけ医の参入に関しては、いくつかの拠点で課題が顕在化してきており、医師会、行政の更なる全面的支援の必要性と、拠点だけ良ければいいという思想からの脱却が求められる。

また、終末期医療のあり方については、国は平成 4 年度より 5 年おきに一般国民及び医師・看護師・介護職者を対象に意識調査を行っており、平成 24 年度にも調査が行われる。平成 25 年度に、調査の結果を踏まえ、望ましい終末期医療のあり方を検討会において検討することとされているが、本研究班において、年間の胃瘻造設患者数のうち、認知症と思われたのは 128,304～147,988 人(75%)、抜去して経口摂取に戻れると見込まれたのは 18,759～21,641 人(11%)と推定され、望ましい終末期医療のあり方の議論を深めることに資する資料が提供できた。

A. 研究の目的

(1) 在宅医療連携拠点事業の進捗管理・評価を通して、在宅医療・介護関係者の円滑な連携のための調整機能を地域に置くことが地域の在宅医療・介護にどのような影響を与えるか検証し、報告をとりまとめ、今後の介護と連携した地域在宅医療の充実を図るための検討に資する。

(2) 平成 24 年度に行われる一般国民の終末期医療に対する意識についての調査等を踏まえ、患者本人の意思決定を基本とした、医療提供体制のあり方を検討する。

B. 研究の必要性

(1) 団塊の世代の退職等により、今後高齢者数は特に都市部において急速に増加することが予想されている。こうした状況を踏まえ、平成 24 年 2 月に閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」においても、医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進と並んで、在宅医療の充実が提示された。しかし現状では、介護者の不在、在宅医療サービス不足、病院のバックアップ体制不足等、課題が山積している。これらの解決策として、地域全体の連携を調整する拠点機能が求められ、平成 23 年度 10 カ所、平成 24 年度に全国 105 カ所で在宅医療連携拠点事業が実施されている。今後、介護と連携した在宅医療を地域に面的に普及させ、地域包括ケアを実現するためには、在宅医療に関係する医療機関同士を効率的に連携させ、更に、医療と介護の連携のための調整を図る仕組みを早急に普及させる必要がある。その調整機能を担うべき主体に求めるべき要件、目標とする事項を明確化する必要がある。平成 25 年度からの医療計画に新たに在宅医療が位置づけられたが、今後、各都道府県が在宅医療の充実に取り組むに当たって、平成 24 年度中に得られた成果を類型化し、各地域の取り組みに資するように整理し、且つ、平成 24 年度において取り組んだ在宅医療支援拠点事業の進捗管理や実績評価の知見を生かしつつ、引き続き技術支援等を行うとともに、その効果等について評価し、発信する必要がある。

(2) 終末期医療に関する意識調査等検討会」では、平成 24 年度中に一般国民、医師、看護職員、介護施設職員等に対し終末期医療に関する意識調査を行い、その実態を踏まえ、望ましい終末期医療のあり方について検討することとされている。望ましい終末期医療のあり方を検討するに当たっては、国民意識調査の結果を踏まえ、更なる実態把握のための調査や、臨床的・法的側面からの課題を深く検討する必要がある。

C. 期待される成果

(1) 在宅療養支援診療所・病院が少しずつ増えている状況にはあるが、小規模の医療機関も多く、24 時間対応や緊急時の対応、看取りを含めたターミナルケア等を行う体制の確保が課題となっている。また、ご本人の希望をできる限り汲み取って在宅を中心とした生活の継続を可能とするためには、医療と介護が連携して包括的なサービスを提供してゆく必要がある。介護側の連携を公的に調整する仕組みとしては、地域包括支援センターの整

備が進められている一方で、介護側だけからの取り組みでは、医療・介護のシームレスな連携には不十分であり、医療側からの取り組みを強化し、医療・介護の連携を図る仕組みを早急に整備し、地域包括ケア体制を実現することが求められている。

本事業は、在宅医療に関係する医療機関間の連携を強化し、24時間体制の在宅医療をできるだけ従事者の負担を軽減しつつ構築するとともに、医療側からの介護への連携を図る取り組みのモデルを構築しようとする在宅医療連携拠点事業の効果の評価を行うものであり、今後の施策に与える影響は大きいと考えられる。

(2) 終末期の医療に関する調査において、一般国民においては、医療知識の状況、家族等における最近の死亡者の有無等により、設問に対する理解の程度や想定する場面等が異なることが想定される。また、終末期医療を提供する提供者側が抱える課題については、個々の事例ごとに異なることが想定され、国民意識調査等の一律な調査では把握が困難である。

本研究において、終末期医療の提供に当たって、医療者等が抱える課題を明らかにすることにより、今後の患者本人の意思を尊重した医療提供体制の構築に当たっての知見を提供する。なお、本研究で得られた成果については、必要に応じ、「終末期医療に関する意識調査等検討会」において活用するものとする。

D. 研究結果の概要

① 在宅連携拠点の半定量的調査

初期中間調査と終了期調査の比較 (大島浩子)

初期中間調査と比較し終了期の平均得点が有意に ($p < 0.05$) 向上していたタスクは

- I. 課題抽出と解決活動：課題整理、多職種連携会議等の開催、年1回以上の医師会参加
- II. 在宅医療従事者支援活動：拠点の24時間対応体制の構築
- III. 効果的な多職種連携：多職種カンファレンスの実施
- IV. 住民啓発活動：フォーラム等の開催
- V. 人材育成活動：地域、地域外に向けた人材育成活動であった。

一方、24時間体制、かかりつけ医への24時間対応、市町村・医師会からの補完機能、在宅患者支援、連携機能、かかりつけ医の在宅医療参入活動の活動性は低く、改善が見られなかったことから、これらの活動は、他のタスクよりも難易度が高く、在宅拠点単独では十分解決できず、医師会、行政が拠点を全面的に支えて面展開に向かう必要性が示唆された。

② 拠点訪問指導、電話相談事業 (三浦、後藤)

平成24年度に全国105ヶ所の拠点組織に対して、拠点からの問い合わせや事業所訪問によるインタビュー調査により、多職種協働を進める上での課題抽出や、在宅医療従事者の負担軽減の支援、効率的な医療提供のための多職種連携などのタスクにより、面展開を行う上での必要要因を検討した。この結果、

- 1) 地域の関係者に信頼が得られやすい組織と基盤を持つ
- 2) 地域の実情(人材や機関、経済状況等を包括)に精通し、地域ニーズに基づいた助言や支援が提供できる、
- 3) 拠点事業所内で、決定機関や決定者とも対等に意見交換ができ、地域や関係者の流れに適応した柔軟な判断ができる、
- 4) 中立的立場を保持することができる、

といった要件を満たすことが重要であると考えられた。特に、事業体が行政や医師会の場合は、有効な連携の橋渡し役となる可能性が高い事が示された。逆に拠点事業所の発展だけを考慮したり、他組織との人の交流がない拠点や、拠点の機能の高さと一般医師の意識のギャップを克服しないで、かかりつけ医の参入に消極的な、在宅専門診療所も多く見られた。

③ 拠点医師活動モデルに関する研究 (辻)

拠点では、「医師が中核となって活動しない限り、連携の輪は広まらないという」仮説に立って、各地域の医師が在宅医療に踏み出す動機付けとなる取り組み、ないしその負担感を軽減する取り組みのモデルを見出すべく、千葉県柏市の取り組みを中心に、他地域の取り組みも含めて重要と思われる要素の整理を行った。

- 1) 前者の動機付けのモデル：地域単位とする研修会の開催が効果的・汎用的に各地で開催されるための構造的・内容的要件を示した。具体例は在宅同行研修である。
- 2) 負担軽減のモデルは、一般開業医等がグループを組む際の24時間往診等体制の確保策を類型化し、各地での応用を容易にした。

④ 地域医療連携推進における地区医師会の役割に関する事例研究 (武林)

山形県鶴岡・三川地区における在宅医療の地域連携の実際について、関係者へのインタビュー調査から、「顔の見える関係」の重要性と情報共有システム(Net4U)とIT化された地域連携クリティカルパスも円滑な連携に寄与していた。

⑤ 終末期ケアに対する対応 (池上)

日本消化器内視鏡学会の専門医(以下、消化器医)名簿から無作為抽出された2,000人と、東京都内の全ての在宅療養支援診療所1,449ヶ所を対象に郵送調査を行った。

1年間に胃瘻を造設される患者数は172,043~198,438人、院外から紹介され胃瘻造設された患者数は65,285~75,301人、胃瘻造設以外の目的で入院して入院中に胃瘻が必要となった患者数は98,310~113,393人と推定された。院外から紹介された患者のうちで認知症と思われたのは77%、入院中に胃瘻が必要となった患者のうちで認知症と思われたのは64%と推定された。また、院外から紹介され胃瘻造設された患者のうちで胃瘻を抜去して経口摂取にもどれると見込まれたのは8%であり、入院中に胃瘻が必要となった患者のうちで胃瘻を抜去して経口摂取にもどれると見込まれたのは13%にとどまった。

消化器医と在宅医の間で、認知症の進んだ患者への胃瘻の適応の知識や態度では、家族の意向重視以外には大きな差異はなかった。

年間の胃瘻造設患者数のうち、認知症と思われたのは 128,304～147,988 人(75%)、抜去して経口摂取に戻れると見込まれたのは 18,759～21,641 人(11%)と推定された。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 大島浩子：在宅医療推進における在宅医療連携拠点事業. 日本在宅医学会雑誌. 14(2): 111-123. 2012.
- 2) 三浦久幸：在宅医療連携拠点事業における国立長寿医療研究センターの役割について. 日本在宅医学会雑誌. 14(2): 125-129. 2012.

2. 学会発表

- 1) 大島伸一：高齢社会における医療・介護等のあり方. 生活生命支援医療福祉工学系学会連合大会 2012. シンポジウム（介護・医療分野への機器導入での方向性と課題）. 名古屋. 2012年11月2日.
- 2) 三浦久幸：経緯と展望. 第8回在宅医療推進フォーラム. シンポジウム（在宅医療連携拠点がめざす地域づくり～新生在宅医療元年～）. 東京. 2012年11月23日.
- 3) 大島伸一：多死社会に向けて在宅医療をどう普及させるか?. 第15回日本在宅医学会大会. シンポジウム（国立長寿医療研究センターとしての取り組み）. 基調講演. 松山. 2013年3月31日.
- 4) 三浦久幸：在宅医療推進事業概要. 第15回日本在宅医学会大会. シンポジウム（国立長寿医療研究センターとしての取り組み）. 松山. 2013年3月31日.
- 5) 大島浩子, 鳥羽研二, 辻哲夫, 鈴木隆雄, 大島伸一：質的評価からみた在宅医療連携拠点のこれからの活動. 第15回日本在宅医学会大会. シンポジウム（国立長寿医療研究センターとしての取り組み）. 松山. 2013年3月31日.
- 6) 市橋亮一, 三浦久幸, 大島伸一他：在宅医療連携拠点事業全国大会～他の地域にも広がってほしい取り組み～. 第15回日本在宅医学会大会. シンポジウム. 松山. 2013年3月31日.
- 7) 大島浩子, 鳥羽研二, 山本さやか, 鈴木隆雄, 大島伸一：在宅医療連携拠点事業初期における在宅医療連携拠点の在宅医療連携状況. 第15回日本在宅医学会大会. 松山. 2013年3月31日.

3. 講演

- 1) 大島伸一：高齢社会と医療. 国際医療福祉大学熱海病院～高齢者社会の現状・課題などを考える特別講演会. 講演. 熱海. 2012年4月16日.
- 2) 大島伸一：医療は変わる. 千葉大学高齢者関連3部門開設記念「高齢社会を考えるシ

ンポジウム」．特別講演．千葉．2012年7月2日．

- 3) 大島伸一：長寿の国を診る．名古屋市老年大学鯉城会第26回公開講演会．講演．名古屋．2012年7月5日．
- 4) 大島伸一：超高齢社会のあり方ー特に医療のあり方を含めてー．東京大学ジェロントロジー・コンソーシアムHealthcare Innovation Project．記念講演．東京．2012年7月18日．
- 5) 大島伸一：地域医療再編ー自分たちがどのように地域を変えてゆくのかー．名古屋市介護サービス事業者連絡研究会第4回例会．基調講演．名古屋．2012年9月20日．
- 6) 大島伸一：超高齢社会と医療．日本学術会議第一部国際協力分科会公開シンポジウム高齢社会論の最前線．東京．2012年9月29日．
- 7) 大島伸一：地域における医療・介護の連携について．介護の日 記念イベント．講演．佐賀．2012年11月11日．
- 8) 大島伸一：望ましい医療・介護体制と在宅政策．日本慢性期医療協会 第1回在宅医療認定講座．講演．東京．2012年11月18日．
- 9) 大島伸一：超高齢社会と医療の動向．第209回社会保険中部特別研究会例会．講演．名古屋．2012年12月13日．

G. 関連事業

- 1) 平成24年度厚生労働省委託事業．多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業．都道府県リーダー研修．東京．2012年10月13日・14日．
- 2) 国立長寿医療研究センター・勇美記念財団共催：第8回在宅医療推進フォーラム．在宅医療連携拠点がめざす地域づくり～新生在宅医療元年～．東京．2012年11月23日．

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

Ⅱ. 分担研究報告

H24厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業
在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究
分担研究報告書

研究課題:在宅医療連携拠点の活動性の評価

研究分担者 大島浩子 (独)国立長寿医療研究センター 長寿看護・介護研究室長
研究代表者 大島伸一 (独)国立長寿医療研究センター 総長
研究分担者 鳥羽研二 (独)国立長寿医療研究センター 病院長
研究分担者 辻 哲夫 東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授
研究協力者 鈴木隆雄 (独)国立長寿医療研究センター 研究所長

研究要旨

高齢社会を迎え、在宅療養支援診療所・病院の創設など在宅医療の整備が進められている。

これまで、一部医師や看護師、病院や診療所、訪問看護ステーションなどが、先駆的に、あるいは、熱心に在宅医療に取り組んできた(点の活動)。それらの取り組み経験から全国的に在宅医療を推進しようと試みるものの、全国展開に至っていない。点の活動を全国的に推進するためには、単に一部の関係者の活動のみならず、在宅医療を展開する地域における多職種を巻き込み、将来的には地域包括ケアシステムとして国的に展開すること(面展開)が課題である。

一方、もとより点の活動について、データの集積と検討はほとんど見当たらず、点の活動における面展開に向けた、データに基づく阻害・促進要因に関する検討はほとんど行われてこなかった。

そのような中、平成23年度厚生労働省は、全国の10事業者(以下、拠点)を対象に在宅医療連携拠点事業を実施し、各拠点の活動について記述的に検討がなされたのみで、拠点の選定や評価項目・評価時期・方法についての検討は一切行われていない。

今後、拠点の設置や全国展開に向けて、拠点形成に関わる要件、アウトカム評価を策定する必要がある。また、本年度採択された105拠点は設置主体が様々であり、設置主体別・共通の評価軸の検討も課題と考える。これらの検討により、在宅医療の面展開に向けた有用な示唆が得られると考えた。そこで本研究は、在宅医療連携拠点の質の評価項目を策定することを目的とし、平成24年度在宅医療連携拠点全105拠点を対象に、在宅医療連携拠点の活動性を明らかにし、設置主体別の検討を行った。

1. 事業初期の活動性の評価

拠点事業初期において、在宅医療連携の課題抽出ができた割合は3割と少なく、主な課題は従来から指摘されている「顔が見える関係」にとどまっていた。更に、24時間対応体制、市町村・医師会からの補完機能等の、面展開に向けた活動性を有する割合が少ないこと、かかりつけ医や行政との連携、地域資源開拓、教育・啓発活動の実施割合が少なかったから、多くの拠点が面展開には十分な活動性ではないことを示していると考えられる。

設置主体の検討から、年1回以上の在宅医療連携多職種会議への医師会の参加、24時間体制、在宅看取り率、多職種カンファの実施数に差があった($p<0.05$)。診療所は行政より「年1回以上、会議への医師会の参加」は少ない($p<0.05$)が、「24時間体制」は訪問看護、医師会、行政よりも良く構築され($p<0.05$)、「在宅看取り率」も病院、訪問看護より多く($p<0.05$)、多職種カンファの実施数も訪問看護、医師会・行政より多かった($p<0.05$)。設置主体による活動性の高低の傾向が示唆された。

2. 事業終了期の活動性の評価

初期より終了期の「Ⅰ. 課題抽出と解決活動:課題整理、多職種連携会議等の開催、年1回以上の医師会参加」、「Ⅱ. 在宅医療従事者支援活動:拠点の24時間対応体制の構築」、「Ⅲ. 効果的な多職種連携:多職種カンファランスの実施」、「Ⅳ. 住民啓発活動:フォーラム等の開催」、「Ⅴ. 人材育成活動:地域、地域外に向けた人材育成活動」が高かったが($p<0.05$)、「Ⅰ. 課題抽出と解決活動」に比して他の項目の平均得点は低かった($p<0.05$)。

また、24時間体制、かかりつけ医への24時間対応、市町村・医師会からの補完機能、在宅患者支援、連携機能、かかりつけ医の在宅医療参入活動の活動性は低く、改善が見られなかったことから、これらの活動は、他のタスクよりも難易度が高いことが示唆された。

A. 研究目的

本研究は、在宅医療連携拠点の質の評価項目を策定することを目的とし、以下2点を検討する。

1. 在宅医療連携拠点事業における拠点の活動状況の実態を明らかにすること。
2. 設置主体別の検討すること。
 - 初期評価:2012年9月5日～9月18日(最終締め切り:9月27日)、在宅医療連携拠点事業者説明会后2ヶ月時点
 - 終了期評価(結果評価):2013年1月15日～2月20日(最終締め切り:2月25日)

B. 研究方法

●初期評価

1. 対象:平成24年度在宅医療連携拠点全105拠点
2. 方法

【調査期間】2012年9月～2013年2月

【調査方法】郵送調査, 自記式質問紙調査

【調査項目】

- 1) 基本属性:設置主体の種別, 地域連携担当者の有無と人数, 在宅医療活動状況として, 医師の連携数, 連携医師数, 訪問看護事業所(以下, 訪問看護)との連携数, 指示書発行枚数等。

2) 必須タスク取組み状況等(I～V)

I. 課題抽出と解決活動:多職種連携の課題に対する解決策の抽出と解決策

在宅医療連携多職種連携の課題に対する課題・解決策の抽出状況について「0:わからない, 1:整理できない, 2:整理中である, 3:まあまあできた, 4:非常によくできた」または、「0:できなかった, 1:まあまあできた, 2:よくできた, 3:非常によくできた」の半定量的回答と, 課題等について自由記述とした。年4回以上在宅医療多職種連携会議の実施の有無と評価(緩和ケア研修会等の実施と参加者), 年1回以上の行政・関連施設・地区医師会の参加と協力状況とその評価について, 地区医師会からの参加の有無と合計回数, 1回当たりの参加人数, 教育研修会, 緩和ケア実施の有無と年間参加人数等の回答を求めた。

II. 在宅医療従事者支援活動:在宅医療従事者の負担軽減の支援

24時間対応体制について地域のかかりつけ医への体制・拠点の体制構築の程度, 各市町村・医師会から拠点への補完機能の有無とその内容についての自由記述。

連携機関の負担軽減活動, かかりつけ医の在宅医療への参入状況, 情報共有, 等について, 「0:未構築, 1:構築不足, 2:まあまあ構築されている, 3:よく構築, 4:非常によく構築」の半定量的な回答と, その内容等について自由記述による回答を求めた。具体的には, 在宅患者の緊急受入れ・緊急時以外の受入れの有無と年間数, 拠点・拠点が連携を行った機関における年間在宅看取り数, 支援を行った在宅療養者の疾患別の年間の実施の有無と回数・人数等であった。

チーム医療を提供するための情報共有システムの整備とその評価として, 患者情報共有体制整備の有無, カルテシステムとの連動の有無とない場合の対応について自由記述, 拠点による地域連携機能について, 診療所間の連携・在宅医のマッチング・病診連携・訪問看護・薬局等の連携の有無と年間回数について回答を求めた。

III. 効率的な多職種連携

介護支援専門員資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーによる調整活動について, 地域の把握・地域シゲマップの作成と相談実施の有無, 地域資源マップの公開方法(複数回答), 行政との連携・行政を含めた医療機関との連携の有無, かかりつけ医の調整機能・行政との連携と調整機能の有無と実施の有無等。

多職種カンファレンス(以下、多職種カンファ)の実施の有無と年間回数、不足している地域資源の開拓実施と評価、標準ツールの導入等について「0:全くできない, 1:あまりできない, 2:まあまあできた, 3:よくできた, 4:非常によくできた」の半定量的回答と、作成したツールの同封、課題について自由記述による回答を求めた。

IV. 住民啓発活動:在宅医療に関する地域住民への普及啓

フォーラムや講演会等の開催の有無と年間開催回数、参加者数、フォーラムの効果の評価について、「0:全くできない, 1:少しできる, 2:まあまあできる, 3:よくできる, 4:非常にできる」の半定量的回答を求めた。パンフレット等の発行の有無と作成したパンフレットの同封、パンフレットの内容を自由記述とし、実施による効果・地域住民の意識変容への期待等について、「0:全くできない, 1:少しできる, 2:まあまあできる, 3:よくできる, 4:非常にできる」の半定量的回答と、課題等について自由記述、地域住民への啓発活動の工夫の有無であった。

V. 在宅医療の人材育成:在宅医療に従事する人材育成

都道府県在宅医療連携リーダーとしての課題抽出、他の拠点のリーダーの育成において抽出した課題への取り組み、市町村段階の研修のリーダーの育成において抽出した課題への取り組み、都道府県在宅医療連携リーダーとして抽出した課題の解決策の策定、各申請地域における、在宅医療に関わる人材育成活動、リーダー的役割活動、申請地域以外の近隣・遠隔の地域に向けた在宅医療人材育成活動、「0:全くできない, 1:あまりできない, 2:まあまあできた, 3:よくできた, 4:非常によくできた」等の半定量的回答と、その内容等について自由記述による回答を求めた。

【設置主体の操作的定義】

本研究では、経営母体・主体、出資母体・主体等の種別ではなく、「主たる業務内容による業務の主体:主たる業務遂行のために設置」と定義し、病院・医師会・訪問看護・医師会・行政・他、の6分類とした。初期調査の回答により分類した。

【分析方法】

◇ 拠点の活動状況:全体、設置主体別に記述し、検討した。

1. 拠点が行う必須タスクの実施状況:

「Ⅰ. 課題抽出と解決活動」「Ⅱ. 在宅医療従事者支援活動」「Ⅲ. 効率的な多職種連携」「Ⅳ. 住民啓発活動」「Ⅴ. 在宅医療の人材育成」の達成状況について、実施割合等を算出した。

患者数、年間実施数、参加人数等について平均、中央値等を算出した。設置主体別に各変数について、Mann-Whitney-U検定、Kruskal-Wallis 検定と多重比較等を行った。

自由記述:内容分析、課題の類型化、設置主体別に分類した。

2. 活動性の評価の可視化の試案

活動性の可視化の試みとして、全体、設置主体別のレーダーチャートを作成し検討した。

評価項目は、面展開のキーワード、多職種連携、行政、医師会、かかりつけ医、教育・啓発活動について、拠点事業の5つの必須タスクから各々1項目以上と、在宅医療推進の結果指標である在宅看取り率、合計12項目を選定した。

評価基準は、活動状況の半定量的評価を活動の程度について、「無回答/未実施等:0」「実施」

についてはより「回数が多い/活動の努力を有する:1」、「よく/非常に:2」と操作的に分類した。活動実数については、本研究の結果の分布から中央値を用い、または、在宅看取りについては全国平均12～13%も考慮し、「無回答/0:0」から、実施数を「中央値等未満:1」、「中央値等以上:2」の、各項目0～2の3段階評価とし、0～3点と得点化した。各項目の中央値(四分位)、平均値±標準偏差を算出した。全体、設置主体別、各拠点についてレーダーチャートを作成した。

次に、上記の12項目について設置主体別の検討を行った(有意水準: $p<0.05$)。

統計ソフトはSPSS 統計パッケージ Ver 21 for Japanese を使用した。

(倫理面への配慮)

(独)国立長寿医療研究センター研究倫理・利益相反審査委員会の承認を得て実施した(受付No. 591)。

【研究参加の説明】

厚生労働省ホームページ等に「本研究事業への協力は在宅医療拠点事業参加の必須条件」であることが明記されている。また、2012年7月11日「平成1212121224年度在宅医療連携拠点事業者説明会」にて、厚生労働省指導課から、本研究事業の説明が行われ、研究分担者が、本研究事業の概要、参加の義務と、拠点の実名を含めたデーター公表について、スライドと書面を用いて説明を行った。更に、調査に際し同封した本研究の趣意書においても、同じ内容を明記した。

【本研究参加への同意】

本研究への参加は個別の同意書の作成は行わず、質問紙の返信を以って本研究への参加の同意を得たとした。締め切り日に未到着の拠点には、電話と書面による督促を行った。

【個人情報の管理】

拠点事業所名は厚生労働省ホームページ上に公開されているが、拠点事業所名が特定されないよう通しNo. とし、得られたデーターは統計処理を行った。データーは所属機関内の鍵付きの保管場所で管理した。

尚、研究代表者・分担研究者が研究成果発表等において、「事業所名を示すことが必要・有用である」と判断した場合は、上記、研究者の判断と責任のもと、事業所名を公表するとした。

C. 研究結果

103から回答を得た(回収率:98%)。

1. 拠点の活動性:在宅医療連携の実態

1) 基本属性

設置主体の種別は、病院34、診療所29、訪問看護9、医師会13、行政13、他5であった。

職種別の地域連携担当者の割合と人数の中央値は、医師が58%で2名、看護師等95%で2名、社会福祉士70%で1名、介護福祉士8%で1名、介護支援専門員62%で2.0名、他が77%で2名であった。

在宅医療活動状況は、病院・診療所等の医師との連携有が約7割、連携数の中央値は連携総件数週2回、連携医師数月6名、他の連携年間回数12回で、訪問看護との連携有が約6割、連携総件数週8回、連携看護師数月10名、年間指示書発行枚数150名、年間連携施設数6ヶ所、他の連携年間回数6回であった。

2) 必須タスク取組み状況等

I. 課題抽出と解決活動

(1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出と解決策

在宅医療連携における課題抽出が「できた」が3割、「途中」が5割であった。抽出された課題の6割は、多職種間の関係性(役割理解不足、垣根・敷居意識、コミュニケーションや協議の場の不足等の顔の見える関係づくり)、2割は在宅医療の資源や療養支援への知識・技術の理解不足、2割が情報共有不足(情報不足、情報の一元化・標準化、ITツールの活用)であった。抽出された課題の解決方法は、「アンケート」11、「グループワーク」6、「ヒアリング」8、「多職種での会議」17、「専門職種間での検討」2であった。

課題解決活動である、年4回以上の在宅医療多職種連携会議実施割合は、「計画中」2割、「取り組み始めている」が4割、「実施中」2割、「既に取り組んだ」が1割未満であり、取り組みへの自己評価は、「全くできていない」が1割未満、「あまり評価できない」が3割、「まあまあできた」が3割、「よく・非常によくできた」が2割以下であった。これら課題の取り組みの段階により、整理中(n=8)は現状把握と課題の明確化、計画(n=5)は年間計画を立案、実施(n=15)は多職種における関係性や知識技術不足について取り組み、実施後の評価(n=2)は、各拠点と地域全体として評価し更なる課題の抽出を実施したと回答した。そのうち、行政関係者の参加者数の増加、顔の見える関係の構築や課題の共通認識・役割相互理解に繋がったと効果(n=12)を評価する一方で、行政との連携が困難、参加者の固定化、地域への活動拡大が今後の課題(n=5)との回答がみられた。

多職種連携における課題の取り組みについて、同職種間での理解と理解に基づく連携は、「できなかった」が2割、「まあまあできた」が4割、「よくできた」が2割、同職種間での理解と理解に基づく連携は、「できなかった」が2割、「まあまあできた」が5割、「よくできた」が2割であり、今後の活用可能性は、「できない」が1割、「まあまあできる」が3割、「よくできる」が2割、「非常によくできる」が2割と、今後の在宅医療への活用可能性を高く評価していた。

(2) 年4回以上在宅医療多職種連携会議の実施とその評価

年4回以上の在宅医療多職種連携会議について、未実施は極わずかで、「計画中」と「1ヶ月以内に実施予定」が3割、実施が7割弱で(n=69)、うち1回と3回以上が各々2割強、2回が2割弱であった。その評価として、「まあまあできた」が5割、「よくできた」が4割、「非常によくできた」が1割弱であった。職能団体別の1回あたりの参加者数の中央値は、医師会が3名と最も多く、他の職能団体は各々1名であった。職能団体ではなく個人としての参加の1回あたりの参加者数の中央値は、介護支援専門員が10名と最も多く、看護職6名、医師4名、歯科医師1名、薬剤師2名、リハビリテーション関係2名、歯科衛生士0名、地域住民0名、行政4名、他2名であった。

緩和ケア研修会の実施状況は、実施が2割で、職種別参加人数は、看護師29名と最も多く、介護支援専門員14.5名、介護福祉士14.0名、医師10名、薬剤師4.5名、歯科医師1名であった。また、緩和ケア以外の研修会の実施の有無と実施回数の中央値は、教育研修会実施が4割で2回、多職種研修会実施が6割で2回、職種別研修会実施が2割で2回、他の実施が1割で1回であった。

地区医師会の参加が6割で、うち参加回数が「1～3回」が4割と最も多く、「4～6回」が1割、「11回以上」が極わずかにあった。また、地区医師会の推薦による参加は6割、地区医師会への参加協力を「取り組んだが協力が得られなかった」と「調整つかない」と合わせて1割、「引き続き働きかけを継続」が2割であった。

(3) 在宅医療多職種連携会議等における、年1回以上の行政・関連施設・地区医師の参加と協力状況とその評価

年1回以上の行政・関連施設・地区医師会の参加による会議は、計画中2割、1ヶ月以内に実施1割、1回以上実施が6割であった。会議への参加は、行政担当者8割、関連施設の管理者が7割、地区医師が6割であった。また、不参加だった場合、行政、関連施設の管理者への参加協力の働

きかけを行った割合は1割に満たず、地区医師会へは2割が働きかけを実施していた。実施した会議の評価は、「まあまあ評価できる」が4割、「よく・非常によく評価できる」が5割、と高く評価していた。また、在宅医療への理解について、「できなかった」が1割、「まあまあできた」「よくできた」「非常によくできた」が各々2割であった。在宅医療連携会議についての理解を「得られなかった」が1割、「まあまあできた」「よくできた」「非常によくできた」が各々2割で、会議参加への理解も、「得られなかった」が1割、「まあまあできた」「よくできた」「非常によくできた」が各々2割であり、定期的参加協力についても「得られなかった」が1割、「まあまあできた」「よくできた」「非常によくできた」が各々2割であり、今後の発展の可能性の期待が、「できなかった」が1割、「まあまあできた」「よくできた」「非常によくできた」が各々2割であった。

II. 在宅医療従事者支援活動

(1) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

24時間対応の在宅医療提供体制の構築について、地域のかかりつけ医の24時間対応体制は、未構築が2割弱、不足4割、「まあまあ」が2割強、「よく」が1割、拠点の24時間対応体制は、未構築と不足が2割、「まあまあ」が2割、「よく」が1割弱、「非常によく」が2割弱と多かった。

(2) 各拠点への補完機能状況

市町村、医師会からの補完機能を有する割合は各々3割であった。市町村からの補完機能として、関係機関への相談やミーティング等の「相談体制(n=10)」、本事業への理解、防災ネットワークや各種イベント開催の補助・企画・告知協力等の本事業への「参加協力(n=9)」、地域の医療・保健・福祉事業の充実や担当者設置等の「体制整備(n=4)」、活動の「情報共有(n=4)」であった。課題として、行政の理解不足や地域包括支援センターとの協働等の「協働推進(n=6)」、支援の幅や補完機能の明確化等の「地域での補完機能の役割分担(n=5)」や地域包括ケアシステムや24時間相談体制等の「地域体制構築と活用」(n=4)が挙げられていた。

医師会からの補完機能として、本事業や各種イベント開催の協力等の事業等への「参加協力(n=10)」、24時間対応・休日体制の整備や主治医-副主治医体制等の「体制整備(n=6)」、本事業への助言や指導等の「相談体制(n=4)」、本事業活動の情報提供や在宅医療ネットワーク構築等の「情報共有体制(n=3)」、在宅当番・訪問診療対応の強化や入院・看取り対応等の「マンパワーの確保(n=3)」であった。課題として、協力が得られない医師、医師会との調整機能不足等の「協働推進(n=9)」、医師の負担軽減体制や訪問診療対応の強化等の「地域在宅医療推進(n=4)」、情報共有範囲の限定や医師会のリーダーシップ等の在宅医療の「啓蒙・教育・活動推進(n=2)」が挙げられていた。

(3) 連携機関の負担軽減・困難への対応

① 連携機関の負担軽減・困難への対応

連携機関の負担軽減・困難への対応が、「全くできない」が2割弱、「あまりできない」が3割と半数が「できない」と回答し、「まあまあ」が3割、「よくできた」が1割であった。できたと回答した拠点の負担軽減実施の有無と実施回数の中央値は、地域の在宅患者の緊急時受け入れ実施は6割強であり、年間必要数190.0名、年間受け入れ数25.0名、年間受け入れ率は14.0%、地域の在宅患者の緊急時以外(レスパイトを含む)の受け入れ実施は6割強であり、年間要請数207.5名、年間受け入れ数40.0名、年間受け入れ率は39.1%、在宅看取り実施は6割弱で、年間該当患者数150.0名、年間看取り数16.0名、年間看取り率は39.1%であった。更に、連携機関における拠点活動による在宅看取りの実施は2割であり、年間該当患者数101.5名、年間看取り数16.0名、年間看取り率15.0%であった。

在宅療養患者の疾患別の支援実施の有無と年間支援患者数の中央値は、癌は5割で22.0名、脳血管疾患5割で41.0名、認知症5割で20.5名、心疾患4割で14.0名、神経難病4割で5.0名、骨関節疾患4割で16.0名、慢性呼吸器疾患4割で13.0名、精神疾患2割強で1.5名、小児2割弱で2.0名であった。

② かかりつけ医の在宅医療への参入状況

かかりつけ医の在宅医療への参入活動の実施割合は2割で、拠点活動により参入した医師数の中央値は3.5名であった。

(4) チーム医療を提供するための情報共有システムの整備とその評価

① 患者情報共有体制

患者情報共有体制(IT化)整備の実施が6割、カルテシステムとの連動有が2割と少なかった。カルテシステムとの連動がない場合の対応として、情報共有範囲の拡大やシステムの最新化や他拠点の動向を参考にする等による「導入検討」、手書き情報のIT化や書式の統一といった有効なツールを検討することによるリアルタイムな「情報共有ツールの活用」が挙げられていた。一方、個人情報保護とリスク等のセキュリティの観点、費用対効果が期待できない等の労力と費用についての検討が「課題」として挙げられていた。

② 地域連携機能

拠点による地域連携機能の有無と年間実施数の中央値は、診療所間の連携有が3割で年間4.0回、在宅医のマッチング有が3割で6.5回、病診連携有が6割で10.0回、訪問看護との連携有が5割で20.0回、薬局との連携有が4割で12.0回、歯科医師との連携有が3割で7.0回であった。

III. 効率的な多職種連携

(1) 介護支援専門員資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーによる調整活動とその評価

① 地域の医療・福祉・保健資源の把握

地域の把握実施が2割、地域資源マップの作成が7割、地域資源マップによる相談が9割であった。地域資源マップの公開方法は、冊子等33、リーフレット等11、ポスター化し拠点内に掲載6、拠点のホームページ33、連携機関や地区医師会リンクしたインターネット上に公開等であった。

行政(地域包括支援センター等)と連携が7割、医療的助言6割で支援は5割であった。行政を含めた医療機関との連携について、連携による医療的助言と支援6割、医療機関における協働が6割、医療的助言と支援が6割であった。

拠点における調整機能を有する割合と調整の実施割合については、かかりつけ医の調整機能有が5割でそのうち実施が7割、かかりつけ医不在時の医師の調整機能有が4割でそのうち実施が6割、行政との連携・調整機能有が6割でそのうち実施が7割、他の機能有は1割でありそのうち8割が何らかの調整活動を実施したと回答した。

② 地域資源活用のための仕組みづくり

介護支援専門員の資格を持つ看護師と医療ソーシャルワーカーの地域ケア会議への参加は5割、多職種カンファレンスの実施は5割で年間開催数の中央値は7.0回であった。

地域における不足資源の開拓が、未実施4割、「あまりできない」が4割弱、「まあまあできた」が2割、「よくできた」が1割弱であり、地域資源活用のための仕組みづくりが、未実施2割、「あまりできない」が5割弱、「まあまあできた」が2割、「よくできた」が1割弱であった。

(2) 効率的な多職種連携のための標準化ツールの導入とその評価

情報共有のための共通の記入様式を有する割合は5割、病院が11(32%)、診療所6(20%)、訪

問看護0, 医師会2(30%), 行政4(31%), 他1(20%)であり, そのうち「よく活用された様式」有は1割, であった。記入様式の内容は, 患者基本情報(病状, 生活機能, 家族構成, 特記事項等), 医療・介護情報関連(医療・薬剤関連情報, 問題点・特記事項等), 相談内容(近況, 紹介に至った経緯・理由等), 連携情報(介護保険サービス担当者名, 連絡先等), 緊急連絡先, 等であった。情報共有方法として, 紹介の一方と, 紹介と紹介元への返信など双方向の形式で作成されていた。それら共通の記入様式を用いた在宅医療・ケアの評価について, 「できた」が6割でそのうち, 「よくできた・非常によくできた」を併せて2割弱であった。

IV. 住民啓発活動

(1) フォーラムや講演会等の開催

住民啓発活動であるフォーラム等の実施と実施数の中央値は, 実施が4割で月間開催数1.0回, 1回当たりの参加人数は112.5名であった。職能団体別参加者数の中央値は, 介護士協会6.5名が最も多く, 医師会6.0名, 介護支援専門員協会6.0名, 看護協会5.0名, 歯科医師会2.0名, 薬剤師会1.0名, 職能団体としてではない個人的参加の参加者数の中央値は, 看護師職20.0名が最も多く, 介護支援専門員11.5名, 介護士10.0名, 医師会7.0名, 薬剤師会5.0名, リハビリテーション関係4.0名であるが, 歯科医師会2.0名, 歯科衛生等1.0名は少なく, 地域住民50.0名, 行政6.0名, 他22.5名であった。

フォーラム等開催による効果として, 参加者への効果の期待が, 「少しできる」が1割, 「まあまあできる」が5割, 「よくできる」が4割, 地域の在宅医療浸透への効果の期待が, 「少しできる」が2割弱, 「まあまあできる」が6割, 「よくできる」が2割, 地域住民の在宅医療への意識変容への効果の期待は「少しできる」が2割, 「まあまあできる」が4割強で, 「よくできる」が3割であった。

(2) パンフレット等の発行

住民啓発活動であるパンフレット等発行と実施数の中央値は, 発行が3割で月間発行数1.0回, 1回当たりの発行部数は2,000部であった。病院が15(44%), うち「病院紹介」が7, 「在宅医療フォーラム」が2, 本事業案内1, 介護情報関連1, 診療所12(41%), うち「診療所紹介」が7, 「在宅医療フォーラム案内」が4, 「介護情報関連」が1, 訪問看護が2(22%)で「訪問看護紹介」のみ, 医師会が6(47%), うち「医師会紹介」が5, 「本事業紹介」が1, 行政が5(38%), うち「行政紹介」が3, 「在宅医療フォーラム案内」が2, 「本事業紹介」が2, 他2(40%)で事業所紹介と在宅医療フォーラム案内が各々1であった。それらパンフレット発行による効果として, 読者への効果の期待が, 「少しできる」が1割, 「まあまあできる」が5割, 「よくできる」が4割, 地域の在宅医療浸透への効果の期待が, 「できない」が1割, 「少しできる」が4割, 「まあまあできる」が4割, 「よくできる・非常にできる」が1割, 地域住民の在宅医療への意識変容への効果の期待は「少しできる」が2割, 「まあまあできる」が5割, 「まあまあ期待できる」が2割, 「よくできる・非常にできる」が2割弱であった。地域住民への啓発活動について工夫したが5割であった。

V. 在宅医療の人材育成

(1) 都道府県の在宅医療連携リーダー

教育活動では, 都道府県在宅医療連携リーダーとしての課題の抽出が「できた」が2割, 他の拠点のリーダーの育成において抽出した課題への取り組みが「できた」が2割, 市町村段階の研修のリーダーの育成において抽出した課題への取り組みが「できた」が2割, 都道府県在宅医療連携リーダーとして抽出した課題の解決策の策定が「できた」が2割弱と, いずれも少なかった。

(2) 地域における在宅医療に関わる人材育成

拠点が申請した各地域における、在宅医療に関わる人材育成活動について、活動が「できた」が4割でそのうち2割弱が「よくできた・非常によくできた」、リーダー的役割活動が「できた」が4割で、そのうち2割弱が「よくできた・非常によくできた」と回答していた。

申請地域以外の近隣・遠隔の地域に向けた在宅医療人材育成活動が「できた」が3割で、そのうち1割弱が「よくできた・非常によくできた」と回答した。

2. 設置主体別の検討

1) 基本属性

○ 病院

地域連携担当者は医師、看護職、社会福祉士、介護支援専門員、他を有する割合は半数以上で、医師1.0名、看護職2.0名、社会福祉士1.5名、介護支援専門員1.0名、他2.0名だった。在宅医療連携活動は、他機関の医師との連携は週2.0回、訪問看護との連携は週4.0回、年間指示書発行枚数は125.0件だった。

○ 診療所

地域連携担当者は医師、看護職、社会福祉士、介護支援専門員、他の割合は7割以上で、医師2.0名、看護師2.0名、社会福祉士1.0名、介護支援専門員2.0名、他2.0名だった。在宅医療連携活動は、他機関の医師との連携は週3.0回、訪問看護との連携は週10.0回、年間指示書発行枚数461.0件だった。

○ 訪問看護

地域連携担当者は看護職、社会福祉士、介護支援専門員、他を有する割合は半数以上で、医師1.0名、看護師2.0名、社会福祉士1.0名、介護支援専門員1.0名、他1.0名だった。在宅医療連携活動は、他機関の医師との連携は週4.0回、訪問看護との連携数週1.0回、年間指示書発行枚数は17.0件だった。

○ 医師会

地域連携担当者の医師、看護職、社会福祉士、介護支援専門員、他を有する割合は半数以上で、各々1.0名程度であった。在宅医療連携活動は、他機関の医師との連携は週2.0回、訪問看護との連携は週4.0回、年間指示書発行枚数は10.0件だった。

○ 行政

地域連携担当者の医師、看護職、社会福祉士、介護支援専門員、他を有する割合は半数以上で、各々1.0名程度だった。在宅医療連携活動は、他機関の医師との連携は週1.1回であった。

○ 他

地域連携担当者割合の医師と社会福祉士が各々1.0名、看護職3.0名、介護支援専門員と他が各々1.5名であった。在宅医療連携活動は、他機関の医師との連携は週1.1回、他の他機関の医師との連携は週15.5回、訪問看護との連携は週6.5回、年間指示書発行枚数は10.0件だった。

2) 必須タスク取組み状況等

I. 課題抽出と解決活動

○ 病院

(1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出と解決策